



Defecto óseo en ángulo mandibular (cavidad de Stafne). Presentación de dos casos clínicos y revisión bibliográfica

Jorge Carrillo Rivera,* Gerardo González Masso,** Héctor Mastranzo Corona,***
Gabriela Gil Romero M,**** Sandra Y Reyes Gómez*****

RESUMEN

En 1942, Stafne reportó por primera vez una cavidad ósea localizada debajo del nervio mandibular, entre el primer molar y el ángulo de la mandíbula; radiográficamente la definió como una zona radiolúcida de forma ovoide o circular bien circunscrita, asintomática y con predominio en el sexo masculino, entre la quinta y séptima década de la vida. Algunos sinónimos empleados para describir esta lesión incluyen: defecto óseo idiopático, quiste aberrante o cavidad ectópica de la glándula salival. Se reportan dos casos clínicos con cavidad ósea de Stafne valorados en el Hospital General «Dr. Darío Fernández Fierro», ISSSTE.

Palabras clave: Cavidad ósea de Stafne, mandíbula.

SUMMARY

In 1942, Stafne first reported a bony cavity located under the mandibular nerve, between the first molar and the angle of the mandible, it was defined radiographically as a radiolucent area of circular or ovoid, well circumscribed predominantly in asymptomatic males between the fifth and seventh decade of life. Some synonyms used to describe this lesion include: idiopathic bone defect, aberrant cyst cavity or ectopic salivary gland. We report two cases with Stafne's bone cavity valued at Hospital General «Dr. Darío Fernández Fierro», ISSSTE.

Key words: Stafne bone cavity, mandible.

INTRODUCCIÓN

Las cavidades óseas en la región del ángulo mandibular tienen una incidencia del 0.1 al 1.3%. Stafne (1942) las reportó por primera vez en 35 pa-

cientes como hallazgos accidentales en las radiografías dentales, describiéndolas como defectos óseos solitarios.^{1,2}

Posteriormente fue descrita bajo diferentes nombres incluyendo cavidad ósea estática, quiste óseo

* Médico adscrito Cirugía Maxilofacial Hospital General «Dr. Darío Fernández Fierro» ISSSTE. Docente Centro Universitario Justo Sierra. Grupo de Especialistas «Clínica Centauro».

** Cirujano Maxilofacial práctica privada. Grupo de Especialistas «Clínica Centauro».

*** Médico adscrito Cirugía Maxilofacial Hospital General de Morelos «Dr. Carlos Calero Elorduy» ISSSTE. Médico adscrito Hospital General «Dr. José G. Parres», Servicios de Salud del Estado de Morelos.

**** Médico adscrito Anatomía Patológica HG «Dr. Darío Fernández Fierro» ISSSTE. Docente Universidad Autónoma Metropolitana e Instituto Politécnico Nacional.

***** Residente de segundo año. Anatomía Patológica HG «Dr. Darío Fernández Fierro» ISSSTE.

Correspondencia:

Dr. Jorge Carrillo Rivera
E mail: jcarrillo_99@yahoo.com

latente, cavidad ósea mandibular lingual, defecto embriológico mandibular, cavidad ósea idiopática e inclusiones de glándula salival mandibular. Aunque su etiología continúa siendo desconocida, algunas hipótesis mencionan que su origen es causado por tejido glandular atrapado o incluido durante el desarrollo y osificación de la mandíbula; otra hipótesis sugiere que el defecto óseo es causado por la presión de la glándula submandibular atrofiada, aunque se ha encontrado en su interior tejido conectivo fibroso, músculo, vasos sanguíneos, grasa o tejido linfóide.³⁻⁵

Estudios auxiliares del diagnóstico incluyen la ortopantomografía, la sialografía de glándula submandibular, la tomografía computarizada (TC), e incluso la resonancia magnética (RM); estas últimas, por su elevado costo, limitan su uso de forma rutinaria para establecer el diagnóstico. Radiográficamente se describe como una cavidad ósea unilateral radiolúcida bien definida, circunscrita de forma oval o circular por debajo del conducto del nervio dentario inferior entre el primer molar y el ángulo mandibular. Clínicamente se aprecia una concavidad asintomática inocua en la cortical lingual, con predominio en el sexo masculino entre la quinta y séptima décadas de vida.⁶⁻⁹

El diagnóstico diferencial con características radiográficas similares incluye el quiste radicular, queratoquiste odontogénico, quiste óseo traumático, granuloma central de células gigantes, ameloblastoma, displasia fibrosa, angioma, mieloma múltiple o tumoración parda del hipertiroidismo.^{10,11}

CASO CLÍNICO 1

Paciente femenino de 50 años de edad referida por odontólogo de clínica familiar en 2008 para evaluación de cavidad lítica mandibular apreciada en radiografía panorámica (*Figura 1*). A la exploración física no presentó evidencia de expansión cortical, sin movilidad del órgano dentario 47, sin evidencia de nódulos linfáticos palpables. Resultados de laboratorio (niveles de fosfato y calcio sérico) dentro de parámetros normales. Radiográficamente se apreció zona radiolúcida circunscrita bien delimitada con bordes definidos en región de ángulo mandibular derecho por debajo del conducto del nervio dentario inferior. El diagnóstico de presunción incluía desde una lesión benigna idiopática, un ameloblastoma unicístico, mixoma, quiste odontogénico glandular (anteriormente llamado quiste sialo-odontogénico). Debido a la proximidad con el conducto del nervio se pensó en un probable tumor neural (schwannoma, neurofibroma intraóseo); también se mencionó un fibroma central osificante en

su estadio inicial, incluso en una malformación arteriovenosa o lesión intraósea linfática-venosa, debido a su localización y su apariencia radiográfica en histiocitosis de células de Langerhans. Se realizó biopsia excisional bajo anestesia general por medio de abordaje extraoral submandibular, apreciando la cortical bucal conservada; realizando ostectomía de la misma se apreció en el interior de la cavidad tejido sin revestimiento (*Figura 2*). Se tomó muestra de tejido para estudio histopatológico con resultado de tejido adiposo, músculo estriado y vasos sanguíneos sin alteraciones histológicas. (*Figuras 3 a 5*).

CASO CLÍNICO 2

Paciente masculino de 42 años de edad remitido de clínica familiar con diagnóstico de quiste óseo mandibular, apreciando en ortopantomografía zona radiolúcida circunscrita en ángulo mandibular izquierdo (*Figura 6*). Se solicitaron estudios de laboratorio (niveles de fosfato y calcio sérico) con resultados dentro de parámetros normales, así como sialografía; sin embargo, no pudo realizarse debido a la dificultad para canalizar conducto salival de glándula submaxilar izquierda, motivo por el cual se realizó tomografía computada con reconstrucción, donde se aprecia zona hipodensa, bien delimitada, de bordes regulares, no expansiva, que abarca cortical interna y externa del ángulo mandibular izquierdo (*Figuras 7 y 8*). El paciente se refirió asintomático, sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Se decidió tratamiento conservador manteniéndose en revisión periódicamente.

DISCUSIÓN

Los defectos óseos radiolúcidos en la región posterior de la mandíbula nos obligan a considerar su origen odontogénico o no odontogénico y si es reactivo o neoplásico (benigno o maligno). El diagnóstico diferencial cubre una amplia gama de patologías que pueden catalogarse por su origen en neurogénica, histiocítica, vascular o glandular.¹²

En el primer caso presentado, se realizó la revisión retrospectiva del estudio histopatológico e identificamos la presencia de escasas células epiteliales mucosecretoras, hallazgo compatible con tejido glandular salival.

En el segundo caso, se utilizaron como herramientas diagnósticas adicionales la ortopantomografía y TC con reconstrucción tridimensional. La sialografía no se pudo llevar a cabo debido a la dificultad de canalizar el conducto salival, el cual se intentó en dos ocasiones sin resultado favorable.



Figura 1. Ortopantomografía, donde se aprecia cavidad ósea en ángulo mandibular derecho.

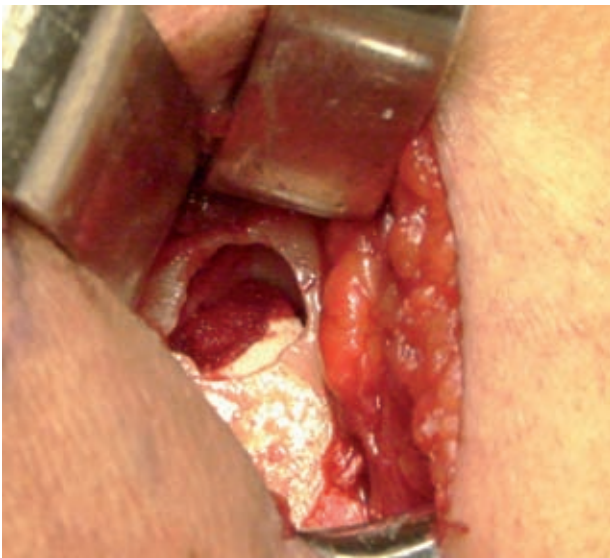


Figura 2. Fotografía clínica donde se aprecia cavidad ósea sin tumoración aparente.

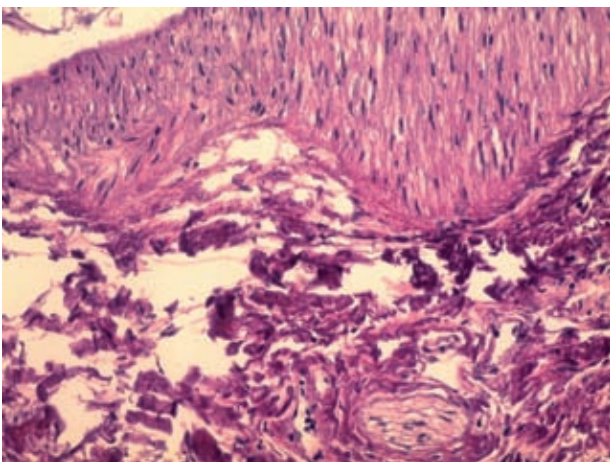


Figura 3. Corte histológico con tinción de hematoxilina con eosina donde se aprecia pared arterial y fibra nerviosa.

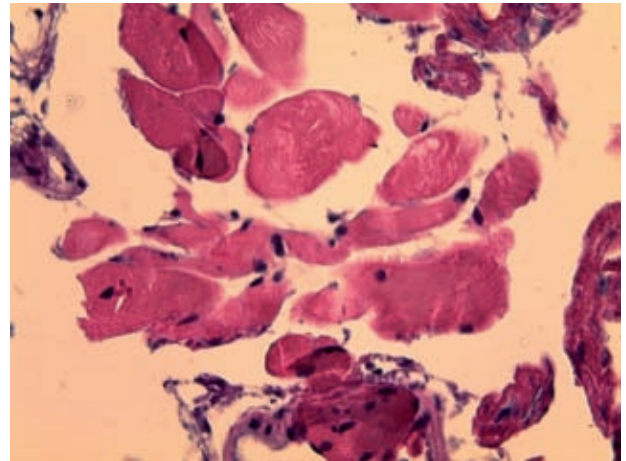


Figura 4. Corte histológico con tinción de hematoxilina con eosina donde se aprecian células musculares.

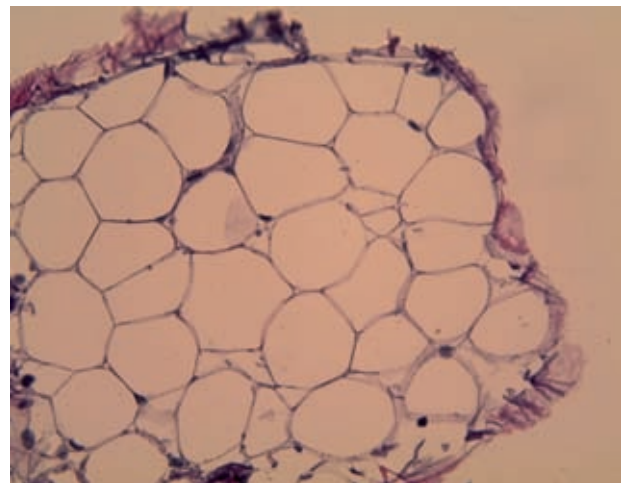


Figura 5. Corte histológico con tinción de hematoxilina con eosina donde se aprecian células adiposas.



Figura 6. Ortopantomografía donde se aprecia cavidad ósea en ángulo mandibular izquierdo.



Figura 7. Tomografía computada con reconstrucción en 3-D donde se aprecia cara interna de ángulo mandibular derecho con cavidad ósea.



Figura 8. Tomografía computada con reconstrucción en 3-D donde se aprecia cara externa de ángulo mandibular derecho con cavidad ósea.

CONCLUSIÓN

La cavidad ósea de Stafne localizada en el sector posterior de la mandíbula es una entidad poco frecuente, diagnosticada incidentalmente en pacientes que acuden a consulta por otras patologías de cavidad oral y descubierta tras un examen radiológico; aún más raro se presenta en la porción anterior al agujero mentoniano que debido a su apariencia radiográfica variable y por encontrarse superpuesta a los ápices de los dientes, es más difícil establecer el diagnóstico y puede conducir a errores. Se sugiere utilizar la tomografía computarizada para confirmar el diagnóstico. La intervención quirúrgica diagnóstica con envío del contenido de la cavidad a estudio histopatológico, revela que en algunos de estos casos existe tejido glandular salival, aunque esto no es la regla, ya que diversas referencias bibliográficas señalan la presencia de tejido blando: adiposo, conjuntivo vascularizado de paredes dilatadas y engrosadas. Actualmente, una vez establecido el diagnóstico de sospecha no es necesario el tratamiento quirúrgico, a menos que se sospeche de otra patología atípica.¹³⁻¹⁵

BIBLIOGRAFÍA

1. Stafne EC. Bone cavities situated near the angle of the mandible. *J Am Dent Assoc* 1942; 29: 1969-1972.
2. Correll RW, Jensen JL, Rhyne RR. Lingual cortical mandibular defects: A radiographic incidence study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980; 50: 287.
3. Lello GE, Makek M. Stafne's mandibular lingual cortical defect. Discussion of aetiology. *J Maxillofac Surg* 1985; 13: 172-176.
4. Sandy JR, Williams DM. Anterior salivary gland inclusion in the mandible: Pathological entity or anatomical variant? *Br J Oral Surg* 1981; 19: 223.
5. Adra NA, Barakat N, Melhem RE. Salivary Gland Inclusions in the Mandible. Stafne's Idiopathic Bone Cavity. 1980; *AJR* 134: 1082-1083.
6. Shimizu M, Osa N, Okamura K et al. CT: Analysis of Stafne's bone defects of the mandible. *Dentomaxillofac Radiol* 2006; 35: 95.
7. Quesada GC, Valmaseda CE, Berini AL, Gay EC. Stafne bone cavity: a retrospective study of 11 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11: E 277-80.
8. Segev Y, Puterman M, Bodner L. Stafne bone cavity-Magnetic resonance imaging. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11: E 345-7.
9. Dolanmaz D, Osman A, Alper PA, Kilic E, Sisman Y. Diagnosis of Stafne's Bone Cavity With Dental Computerized Tomography. *Eur J Gen Med* 2009; 6 (1): 42-45.
10. Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. *Radiographics*, 1999; 19: 1107-1124.
11. Cavidad Idiopática de Stafne: A propósito de un caso clínico. *Cient Dent Diciembre* 2007; 4 (3).
12. Hasan AA, Melih A, Sermet S, Metin S, Necdet D, Deepak GK. Incidental Discovery of Asymptomatic Radiolucent Lesion of the Posterior Mandible. *J Maxillofac Surg* 2010, 1-4.
13. Minowa K, Inoue N, Izumiyama Y, Ashikaga YB, Chu K, Maravilla R, Totsuka Y, Nakamura M. Static Bone Cavity of the Mandible: Computed Tomography Findings with Histopathologic Correlation. *Acta Radiológica* 2006; 47 (7): 705-709.
14. Belmonte CR, Vélez GMJ, García de la Vega SFJ, García A, García P, Infante CPA, Díaz FJM, Torres CE. Cavidad de Stafne de localización inusual en el sector anterior mandibular. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10: 173-9.
15. Araujo F, Marques T, Correia A, Silva A, Tinoco J. Differential Diagnosis of a salivary gland bone defect by means of computerized tomography: A case report. *Rev Odonto Cienc* 2009; 24 (2): 218-220.